

# Vägledning

Vägledning till:  
Avtal om övertagande av hälso-  
och sjukvård i ordinärt boende mellan  
Västerbottens läns landsting och  
kommunerna i Västerbottens län



**2018-03-01**

***Vägledning till: Avtal om övertagande av hälso- och sjukvård i ordinärt boende mellan Västerbottens läns landsting och kommunerna i Västerbottens län***

Avtal om övertagande av hälso- och sjukvård i ordinärt boende mellan Västerbottens läns landsting och kommunerna i Västerbottens län gäller från och med den 1 januari 2013.

Vägledning till Avtal om övertagande av Hälso - och sjukvård i ordinärt boende mellan landstinget och kommunerna i Västerbottens län gäller från och med 1 mars 2018.

Dokumentet Förtydligande till Avtal om övertagande av Hälso- och sjukvård i ordinärt boende mellan landstinget och kommunerna i Västerbottens län 2016-2017 - gäller inte längre.

Produktion och text: Region Västerbotten/Västerbottens läns landsting  
Grafisk form: Helen Bäckman, Region Västerbotten

# Innehåll

<b>1. Förord</b>	<b>4</b>
<b>2. Bakgrund</b>	<b>4</b>
<b>3. Länsrutiner</b>	<b>5</b>
<b>4. Gemensamma utgångspunkter</b>	<b>5</b>
<b>5. Samtycke</b>	<b>6</b>
<b>6. Primärvårdsnivå</b>	<b>6</b>
<b>7. Tröskelprincipen</b>	<b>7</b>
<b>8. Gemensamma rutiner för materialhantering i särskilt och ordinärt boende</b>	<b>7</b>
<b>9. Nutrition</b>	<b>7</b>
<b>10. Ansvarsfördelning för hälso- och sjukvård i ordinärt boende</b>	<b>8</b>
10.1. Kommunernas ansvar	8
10.1.1. Hemsjukvård	8
10.1.2. Hembesök på distriktssköterskenivå	8
10.1.3. Rehabilitering/habilitering	8
10.2. Landstingets ansvar	8
10.2.1. Medicinskt ansvarig läkare	8
10.2.2. In- och utskrivning i hemsjukvård	9
10.2.3. Avstämning av patienter som är inskrivna i hemsjukvård	9
10.2.4. Nutrition	9
10.2.5. Demensutredning	9
10.2.6. Rehabilitering/habilitering	9
<b>11. Rehabilitering/habilitering/hjälpmedel</b>	<b>10</b>
11.1. Slutenvård	10
11.2. Öppenvård/mottagningsbesök	10
11.3. Sjukhusansluten rehabilitering	10
11.4. Uppföljning och utvärdering av hjälpmedelsförskrivning	10
<b>12. Informationsöverföring och kontaktvägar mellan landsting och kommuner</b>	<b>11</b>
<b>13. Stöd vid oenighet gällande ansvarsfördelning</b>	<b>11</b>
<b>Bilaga 1</b>	<b>12</b>
<b>Bilaga 2</b>	<b>13</b>

## 1. Förord

Detta dokument är avsett att fungera som en vägledning för en gemensam tolkning av gällande Avtal om övertagande av hälso- och sjukvård i ordinärt boende mellan Västerbottens läns landsting och kommunerna i Västerbottens län med bilagor.<sup>1</sup> Dokumentet ersätter Förtydligande till avtal om övertagande av hälso- och sjukvård i ordinärt boende 2016-2017.

Källhänvisning till Avtal om övertagande av hälso- och sjukvård i ordinärt boende mellan Västerbottens läns landsting och kommuner i Västerbottens län benämns avtalet.

Länssamordningsgruppen gav den 27 september 2016 i uppdrag till representanter för kommunerna och landstinget<sup>2</sup> att upprätta ett nytt dokument "Vägledning och förhållningssätt" med målsättning att ge en bakgrund och förklara vad som har varit föremål för diskussion, vad som är beslutat samt vilka rutiner som finns inom området. Tanken är att lyfta värdegrund, grundläggande principer och förhållningssätt och lämna detaljer till de enskilda länsrutinerna. Det innebär att hänvisning sker till de länsrutiner som finns och håller på att revideras. Ett första utkast på vägledningsdokumentet skickades ut på remiss till ett stort antal personer i kommunerna och landstinget i oktober 2017. Deltagarna i arbetsgruppen analyserade därefter remissvaren, gjorde en bedömning och bearbetade dokumentet utifrån remissvaren och sammanställde en version som skickades till Länssamordningsgruppen. Länssamordningsgruppen har därefter gått igenom dokumentet och sammanställt en slutlig version som gäller från och med 2018-03-01-tillsvidare. Länssamordningsgruppen ansvarar för att dokumentet följs upp och uppdateras.

Länssamordningsgruppen  
Umeå den 27 februari 2018

## 2. Bakgrund

Länets kommuner övertog den 1 september 2013 hälso- och sjukvårdsinsatser från landstinget i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Övertagandet omfattar ansvaret för hälso- och sjukvård i ordinärt boende på primärvårdsnivå upp till och med specialistsköterskenivå (distriktssköterska). Uppdraget omfattar hemsjukvård, hembesök samt rehabilitering, habilitering och hjälpmedel i ordinärt boende för vuxna över 18 år, detta gäller under alla tider på dygnet.<sup>3</sup>

Den ekonomiska regleringen skedde genom skatteväxling, skattesatsen var 20 öre. Skatteväxlingen gällde från 1 januari 2013 med en återbetalning till landstinget för åtta månader. Efter genomförd ekonomisk kontrollstation, 2015 justerades tidigare skatteväxling med ytterligare 5 öre, gällande från 1 jan 2016.

De övergripande dokument som styr området:

1. Avtalet + bilagor till avtalet
2. Vägledning till avtalet och länsrutiner

*1. Bilaga 1: Landstingets kvarvarande ansvar, Bilaga 2: Definitioner och kommentarer, Bilaga 3: Ekonomiska konsekvenser, Bilaga 4: Personalöverenskommelse, Överenskommelse om gemensamma rutiner för materialhantering i särskilt och ordinärt boende – Ersätter markerat avsnitt i Bilaga 1. <https://regionvasterbotten.se/halsa/vard-och-omsorg/halso-och-sjukvard-i-ordinart-boende/>, <http://www.vll.se/start sida/for-vardgivare/samverkan/kommunsamverkan/styrdokument>*

*2. Se bilaga 2 till detta dokument: Deltagare i arbetsgruppen*

*3. Se avtalet*

### 3. Länsrutiner

Aktuella länsrutiner för samverkan och informationsöverföring återfinns på Region Västerbottens webbplats.

[www.regionvasterbotten.se/halsa/vard-och-omsorg/avtal-och-overenskommelser](http://www.regionvasterbotten.se/halsa/vard-och-omsorg/avtal-och-overenskommelser).

- Länsrutin för samverkan mellan landstinget och kommunerna i Västerbottens län vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård med stöd av IT-tjänsten Prator
- Länsrutin för samverkan mellan landstinget och kommunerna i Västerbottens län vid upprättande av en samordnad individuell plan med stöd av IT-tjänsten Prator – öppenvårdsmodul
- Överenskommelse mellan landstinget och kommunerna i Västerbottens län för samverkan i samband med bedömning och planering av egenvård
- Nutritionsrutiner för patienter i hemsjukvård i Västerbotten
- Generella behandlingsanvisningar för läkemedel
- Överenskommelse om samarbete mellan landstinget och länets kommuner för insatser till personer med psykisk funktionsnedsättning
- Överenskommelse om gemensamma rutiner för materialhantering i särskilt och ordinärt boende
- Ramavtal om läkarmedverkan
- Vårdprogram för utredning, vård och omsorg om personer med demenssjukdom i Västerbottens län
- Länsöverenskommelse riskbruk, missbruk, beroende för socialtjänst och hälso- och sjukvård 2016
- Säker Dos i Västerbotten. Version 5. Säkra rutiner för hantering och ordinationer av dosdispenserade läkemedel i Västerbotten läns landsting samt i länets kommuner

### 4. Gemensamma utgångspunkter

Samarbetet mellan kommunerna och landstinget ska vara patientfokuserat och patientsäkert.

Patientens delaktighet ska säkerställas genom att patientens behov och förmågor beaktas i samband med bedömning och planering av hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende. När en person behöver insatser från både landsting och kommun i form av hälso- och sjukvård och socialtjänst ska en samordnad individuell planering (SIP<sup>4</sup>) genomföras av representanter för de enheter som ansvarar för insatserna. En SIP ska upprättas om landstinget eller kommunen bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda och om den enskilde samtycker till det.

En patient kan ha kontakt med flera delar av hälso- och sjukvården eller olika vårdgivare och kan därför ha flera vårdkontakter. Målsättningen ska vara att patienten inte ska uppleva övergången mellan olika huvudmän. Vården ska präglas av en helhetssyn runt individens behov och av kontinuitet. Den som uppmärksammar risker och behov ska ta initiativ till att behovet åtgärdas. Om det föreligger behov av insatser från båda huvudmännen ska man efter patientens samtycke kalla till en SIP.

4. Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) 16 kap 4§

## 5. Samtycke

Patientens samtycke ska alltid inhämtas inför informationsöverföring mellan huvudmännen. Samtycket dokumenteras, i patientjournalen och/eller i den samordnade individuella planen om en sådan upprättats.

En person som bedömts vara i behov av hälso- och sjukvård i hemmet, men som tackar nej och i stället önskar få insatser från hälsocentral/sjukstuga avböjer i praktiken den aktuella insatsen. Detta dokumenteras i patientjournalen. Insatser kan inte övergå till annan huvudman för att en enskild person så önskar.

## 6. Primärvårdsnivå

*"Med primärvård avses i denna lag hälso- och sjukvårdsverksamhet där öppen vård ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper. Primärvården svarar för behovet av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens"; 2 kap, 6 § Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Förarbetet till denna paragraf hänvisar tillbaka till proposition 1994/95:195, s. 46. Där står det bl.a.: "[...] Det viktiga och avgörande är verksamhetens inriktning, innehåll och kvalitet. Primärvård i den mening vi använder begreppet betecknar en vårdnivå och avser då den nivå som skall kunna tillgodose befolkningens basala behov av hälso- och sjukvård [...] Primärvård som vårdnivå inkluderar därmed även kommunal hälso- och sjukvård, [...] Primärvårdens ansvar vad gäller arbetsinriktning och innehåll omfattar basal medicinsk vård, omvårdnad, förebyggande verksamhet och rehabilitering [...]"*

## 7. Tröskelprincipen

Det är viktigt att känna till att det saknas tydliga nationella kriterier för hur tröskelprincipen ska tillämpas. Dessa måste klargöras i avtal mellan kommuner och landsting vilket är gjort genom avtal (2013-09-01). Tröskelprincipen för aktuellt avtal ska i denna vägledning förstås på följande sätt:

- Tröskelprincipen gäller för all hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå. Rehabilitering och habilitering är en del av hälso- och sjukvård.
- Tröskelprincipen innebär att patienten i första hand uppsöker hälsocentral eller sjukstuga för hälso- och sjukvård och om det inte är möjligt kan patientens behov tillgodoses av kommunernas hälso- och sjukvård i ordinärt boende. Patientens individuella behov och förmågor är avgörande för bedömningen av var hälso- och sjukvårdsinsatser ska ske. Det finns patienter där psykisk, fysisk och intellektuell funktionsnedsättning eller social situation medför stora svårigheter att ta sig till hälsocentralen. Det kan i vissa fall vara så att patienten rent fysiskt kan besöka hälsocentralen men att det inte är rimligt av psykiska, sociala, medicinska eller etiska skäl. Patientens situation och behov kan variera över tid och en ny bedömning av var patientens behov ska tillgodoses kan behöva göras.
- Det är den legitimerade yrkesutövaren, som har kontakt med patienten, som utifrån patientens behov och förmågor bedömer om hälso- och sjukvårdsinsatsen ska utföras på hälsocentral eller i ordinärt boende. In- och utskrivning i hemsjukvård vilket primärvårdsläkaren ansvarar för behandlas särskilt i avsnitt 10.2.2.
- En person kan ha hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende och samtidigt gå till hälsocentralen för andra hälso- och sjukvårdsinsatser.

## 8. Gemensamma rutiner för materialhantering i särskilt och ordinärt boende

Se särskilt Överenskommelse om gemensamma rutiner för materialhantering i särskilt och ordinärt boende.

## 9. Nutrition

Se avtalet, bilaga 1, för information om landstingets kvarvarande ansvar.

För mer specifika tillvägagångssätt, se Nutritionsrutiner för patienter i hemsjukvård i Västerbotten.

# 10. Ansvarsfördelning för hälso- och sjukvård i ordinärt boende

## 10.1. Kommunernas ansvar

Kommunernas hälso- och sjukvårdsansvar omfattar hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende för vuxna över 18 år, alla tider på dygnet.

### 10.1.1. Hemsjukvård

- Hemsjukvård är hälso- och sjukvård när den ges i patientens bostad eller motsvarande och där ansvaret för de medicinska insatserna är sammanhängande över tiden.
- Kommunerna har hälso- och sjukvårdsansvaret dygnet runt. Det innebär inte att alla insatser för patienten behöver ske i det ordinarie boendet. Ansvarsfördelningen ska framgå i en SIP.
- Kommunerna ansvarar för förskrivning och kostnader av hjälpmedel, inkontinenshjälpmedel och förbrukningsartiklar för de insatser som kommunen ansvarar för. När det gäller förskrivning av hjälpmedel för rehabilitering/habilitering se avsnitt 10.1.3.
- Nutritionsprodukter är kommunernas kostnadsansvar när patienten är inskriven i hemsjukvård. Se Nutritionsrutiner för patienter i hemsjukvård i Västerbotten.
- I kommunernas journalsystem ska det framgå vilka insatser som ingår i hemsjukvårdsinsatsen för en person.

### 10.1.2. Hembesök på distriktssköterskenivå

- Hembesök är öppenvårdsbesök i den enskildes hem eller motsvarande som inte är sammanhängande över tid. Med hembesök avses ett fåtal besök under en period av 1-4 veckor.
- Primärvården och 1177 kan initiera hembesök på primärvårdsnivå till kommunernas hälso- och sjukvård.
- Specialiserad vård kan initiera ett fåtal hembesök på primärvårdsnivå till kommunernas hälso- och sjukvård, under en period om 1-4 veckor, där uppföljning inte behövs av primärvårdsläkare.  
Hembesöken omfattar följande hälso- och sjukvårdsinsatser som inte kan bedömas som egenvård: ögondroppar, örondroppar, subkutana och intramuskulära injektioner, omläggning, suturtagning och provtagning. Uppdraget ska vara tydligt definierat i patientjournal och kontaktuppgifter till ordinerande läkare måste anges. Uppgift om receptförskrivning och patientens samtycke ska dokumenteras i patientjournalen och finnas tillgänglig i NPÖ. Se avsnitt 12 för mer information om hur uppdrag lämnas. Om behov finns av hembesök sammanhängande över tid är det endast primärvårdsläkare som kan skriva in patienten i hemsjukvård eftersom det kräver ett övertagande av medicinskt ansvar för patienten. Se punkt 10.2.2

- Hembesöket ska präglas av en helhetssyn runt individens behov och av kontinuitet. Den som uppmärksammar risker och behov ska ta initiativ till att behovet åtgärdas. Om det föreligger behov av insatser från båda huvudmännen ska man efter patientens samtycke kalla till en SIP.
- Kommunerna ansvarar för förskrivning och kostnader för hjälpmedel, inkontinenshjälpmedel och förbrukningsartiklar för den aktuella insatsen vid hembesök. Detta sker enligt tröskelprincipen.

### 10.1.3. Rehabilitering/habilitering

Kommunerna ansvarar för:

- Samtliga rehabiliterings- och habiliteringsinsatser på primärvårdsnivå i ordinärt boende där insatsen kräver hembesök eller fortsatt uppföljning. Där ingår förskrivning och kostnader för hjälpmedel i ordinärt boende. Förskrivaren bedömer om behov finns av uppföljning. Behov kan initieras från patient/närstående eller från annan vårdgivare och kan innebära hembesök eller behov av uppföljning/fortsatt rehabilitering efter sjukhusvistelse eller mottagningsbesök på sjukhus eller hälsocentral. Se vidare beskrivning under avsnitt rehabilitering/habilitering/hjälpmedel, avsnitt 11.
- Utredning och bedömning som underlag för ansökan om bostadsanpassning.
- Rehabilitering/habilitering där bedömning och träning behöver ske i hemmiljö/närmiljö exempelvis dagliga aktiviteter och förflyttningar.

## 10.2. Landstingets ansvar

### 10.2.1. Medicinskt ansvarig läkare

Hälso- och sjukvård i ordinärt boende är en del av primärvården. Medicinskt ansvarig läkare finns i primärvården. I vissa fall kvarstår läkaransvar för delar av den medicinska vården hos en eller flera läkare inom den specialiserade vården/sjukhusvården. Ansvarsfördelningen, vad som ska göras och av vem ska finnas beskriven i gällande SIP.

Den medicinskt ansvariga läkaren har ansvar att göra en riskbedömning samt förvissa sig om, i dialog med medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS, och verksamhetschef i hälso- och sjukvård i ordinärt boende att det finns reell kompetens hos den som ska utföra insatserna. Om bedömningen är att den reella kompetensen saknas hos mottagande enhet i kommunen, ska landsting och kommun tillsammans säkra kompetensen inom ramen för primärvårdsnivå genom utbildning eller instruktion till dem som ska utföra insatsen.



### 10.2.2. In- och utskrivning i hemsjukvård

Ansvarig primärvårdsläkare gör en bedömning och fattar beslut om in- och utskrivning i hemsjukvård. Det ska framgå i landstingets journalsystem att patienten är inskriven eller utskriven i hemsjukvård samt vilka av patientens behov som ska tillgodoses via hemsjukvårdsinsatsen. Legitimerad personal som upptäcker att en patient har behov av inskrivning i hemsjukvård, eller att en patient inte längre är i behov av hemsjukvård, ska kontakta primärvårdsläkaren som är den enda legitimerade personal som kan fatta beslut om in- och utskrivning i hemsjukvård.

### 10.2.3. Avstämning av patienter som är inskrivna i hemsjukvård

Hälsocentralerna och kommunernas hemsjukvård ska skapa lokala rutiner för kontinuerlig avstämning avseende vilka patienter som är inskrivna i hemsjukvård samt vilka insatser som ingår.

### 10.2.4. Nutrition

Sondnäring och pump förskrivs av landstingets dietist och är landstingets kostnadsansvar. Se Överenskommelse om gemensamma rutiner för materialhantering i särskilt och ordinärt boende och Nutritionsrutiner för patienter i hemsjukvård i Västerbotten.

### 10.2.5. Demensutredning

Landstinget ansvarar för hembesök för utredning och intervention vid demensutredning. Den som uppmärksammar risker och behov ska ta initiativ till att behovet åtgärdas. Om det föreligger behov av insatser från båda huvudmännen ska man efter patientens samtycke kalla till en SIP.

Se även Vårdprogram för utredning, vård och omsorg om personer med demenssjukdom i Västerbottens län.

### 10.2.6. Rehabilitering/habilitering

Avtalet, bilaga 1, anger landstingets kvarvarande ansvar. Punkterna nedan ger vägledning inom områden gällande landstingets ansvar som har uppfattats som otydliga inom området rehabilitering/habilitering:

#### *Primärvård (hälsocentraler/sjukstugor)*

- Rehabilitering/habilitering som ges av arbetsterapeuter och fysioterapeuter i ordinärt boende för barn upp till 18 år.
- Rehabilitering och habilitering som bedrivs på hälsocentral/sjukstuga eller annan mottagning på primärvårdsnivå. Bedömning, träning och insatser inklusive förskrivning och kostnader för hjälpmedel som inte kräver hembesök.
- Utredning och bedömning som underlag för ansökan om bostadsanpassning i ordinärt boende för barn upp till 18 år.

#### *Specialiserad vård*

- Förskrivning av hjälpmedel/medicintekniska produkter som fodrar speciallistnivå vid medicinsk behandling för att övervaka, behandla eller lindra sjukdom.
- Rehabilitering/habilitering inom slutenvård samt vid öppenvårdsmottagningar.

## 11. Rehabilitering/habilitering/hjälpmedel

### 11.1. Slutenvård

Slutenvårdens arbetsterapeut/sjukgymnast/fysioterapeut bedömer behov av, och utför, insatser som möjliggör en säker hemgång från sjukhus, inklusive förskrivning av hjälpmedel. Säker hemgång innebär att patienten bedöms klara grundläggande behov som toalettbesök och förflyttningar, med eller utan hjälpmedel, på ett säkert sätt de första dagarna.

Vid bedömning av hemmiljön inför utskrivning inhämtar slutenvården information från patient och närstående. För komplettering av fakta kontaktas kollega i kommunen för detta utifrån tidigare kännedom om patientens hemmiljö eller för att bistå med hembesök, så att slutenvården kan fortsätta processen inför utskrivning.

När förskrivaren bedömer att det finns behov av uppföljning eller fortsatt rehabilitering/hjälpmedelsförskrivning överförs i samråd ansvaret till mottagande enhet, det vill säga kommunens eller hälsocentralens/sjukstugans arbetsterapeut/fysioterapeut/sjukgymnast. Samråd innebär att primärvård och kommun vid behov så tidigt som möjligt ska involveras i rehabiliterings-, habiliterings- och förskrivningsprocessen och att slutenvården överrapporterar bedömda behov, påbörjade rehabiliterings/habiliteringsinsatser och hjälpmedelsförskrivning samt behov av fortsatt rehabilitering och uppföljning. Vid överrapportering överförs ansvar och kostnader för förskrivningen till mottagande enhet och dokumenteras i respektive huvudmans journal.

Vid utskrivning från slutenvården ska de hjälpmedel som bedömts nödvändiga för en säker hemgång skickas med patienten.

- I de fall förskrivningsprocessen kan avslutas på sjukhuset efter bedömning om patienten kan ha eget ansvar för hjälpmedlet, det vill säga egenvårdsansvar, ansvarar landstinget för att patienten får sina hjälpmedel med sig hem.
- Om behov av uppföljning eller behov av fortsatt rehabilitering/habilitering finns övergår förskrivningsansvaret till kommunen.

### 11.2. Öppenvård/mottagningsbesök

Hjälpmedel som kan provas ut vid ett mottagningsbesök på sjukhus, sjukstuga eller hälsocentral, där inget behov av uppföljning i ordinärt boende finns förskrivs och bekostas av landstinget. Vid behov av uppföljning i ordinärt boende överrapporterar och överförs ansvar och kostnad för förskrivningen till kommunen och dokumenteras i respektive huvudmans journal.

### 11.3. Sjukhusansluten rehabilitering

Sjukhusansluten rehabilitering innefattar hemrehabteam, Palliativ medicin (tidigare AHS) samt dagrehabilitering. Sjukhusansluten rehabilitering fortsätter att arbeta utifrån patientens rehabiliteringsbehov och utför vid behov förskrivning av hjälpmedel till ordinärt boende där kommunen står för kostnaden. Vid behov av fortsatt rehabilitering vid utskrivning från sjukhusansluten hemrehabilitering överrapporterar ärendet till mottagande enhet och dokumenteras i respektive huvudmans journal.

### 11.4. Uppföljning och utvärdering av hjälpmedelsförskrivning

Om förskrivaren bedömer att hjälpmedlets framtida funktion och nytta är osäker och/eller viss risk för tillbud eller skada kan finnas, ska fortsatt uppföljning planeras och rapporteras över till mottagande enhet. Se bilaga 1 till detta dokument, Socialstyrelsens modell för att följa upp och utvärdera hjälpmedelsförskrivning.

## 12. Informationsöverföring och kontaktvägar mellan landsting och kommuner

IT-stödet Prator är landstingets och kommunernas gemensamma system för Samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (SVU) samt samordnad individuell plan (SIP).

Som stöd för informationsöverföring finns Nationell Patientöversikt, NPÖ, där vårdgivaren inom hälso- och sjukvård ges möjlighet att ta del av information runt patientens vård- och behandling, inklusive läkemedelslista.

Kommun och hälsocentral/sjukstuga ska ha ett telefonnummer in och mellan varandra.

Informationsöverföring för hembesök från 1177/Vårdguiden sker genom ett telefonnummer in till legitimerad personal i kommunal hälso- och sjukvård.

Informationsöverföring för hembesök från övrig landstingsverksamhet till legitimerad personal i kommunal hälso- och sjukvård ska i första hand ske i IT-stödet Prator men kan ske genom telefonsamtal till ett telefonnummer in och/eller på blankett. Se under 10.1.2 vad som gäller vid hembesök (kommunens ansvar).

Vid informationsöverföringen ska det tydligt framgå insats i form av hembesök eller ordination. Blankett återfinns på hemsidan: [www.vll.se/start sida/for-var dgivare/samverkan/kommunsamverkan/blanketter](http://www.vll.se/start sida/for-var dgivare/samverkan/kommunsamverkan/blanketter)

I övrigt hänvisas till aktuella länsrutiner för samverkan och informationsöverföring som återfinns på Region Västerbottens webbplats.

## 13. Stöd vid oenighet gällande ansvarsfördelning

Utgångspunkten för att komma överens om ansvarsfördelning i specifika patientärenden är att berörda medarbetare i verksamheterna löser situationen för patientens bästa i samförstånd och genomför en gemensam samordnad individuell planering (SIP) som avgör vem som gör vad i det fortsatta arbetet.

1. Berörda medarbetare från båda huvudmännen har ett gemensamt ansvar att tillgodose patientens hälso- och sjukvårdsbehov. I väntan på att man upprättar en SIP, där en överenskommen långsiktig ansvarsfördelning framgår, kvarstår hälso- och sjukvårdsansvaret hos den eller de verksamheter som först har uppmärksammat patientens risker och behov.
2. Om berörda medarbetare i verksamheten inte kan komma överens om ansvarsfördelning i den samordnade individuella planeringen (SIP), så lyfts ärendet till berörd verksamhetschef för hälso- och sjukvård i hemmet och berörd verksamhetschef på hälsocentralen samt i förekommande fall verksamhetschef vid specialistklinik vid sjukhus.
3. Om verksamhetschefen i hälso- och sjukvård i hemmet och verksamhetschefen för hälsocentralen inte kan komma överens om ansvarsfördelning ska de tillsammans med berörd medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) i kommunen och berörd medicinskt ledningsansvarig läkare (MLA) på hälsocentralen samt i förekommande fall verksamhetschef och medicinskt ansvarig läkare/medicinsk chef vid specialistklinik vid sjukhus, gemensamt komma fram till en ansvarsfördelning.

# Bilaga 1

Nedanstående bilaga är ett utdrag ur Socialstyrelsens skrift: *Förskrivning av hjälpmedel. Stöd vid förskrivning av hjälpmedel till personer med funktionsnedsättning. Socialstyrelsen (2016-8-2), s. 58-60*. Den kan användas som ett stöd gällande att följa upp och utvärdera hjälpmedelsförskrivning.

## Modell för att följa upp och utvärdera hjälpmedelsförskrivning<sup>5</sup>

Förskrivare ansvarar för att följa upp och utvärdera gjorda hjälpmedelsförskrivningar. I denna utvärdering ingår att bedöma om avsedd funktion och nytta har uppnåtts enligt uppsatta mål och att analysera om eventuella risker finns med användning och hantering av hjälpmedlet. Bedömningen utgår ifrån nedanstående tabell och beroende på vilken nivå A och B hamnar på avgörs om fortsatt uppföljning behövs.

**Figur 6. Exempel på modell för uppföljning och utvärdering.**

A	B
<b>Analys av hjälpmedlets funktion och nytta utifrån uppsatta mål.</b>	<b>Analys av risk med hjälpmedlet utifrån användning och hantering.</b>
1. Funktion och nytta är uppnått enligt uppsatta mål.	1. Sannolikt ingen risk för tillbud eller skada.
2. Hjälpmedlets framtida funktion och nytta är osäker.	2. Viss risk för tillbud eller skada.
3. Ytterligare instruktion eller träning krävs för att nyttan ska kunna ses.	3. Betydande risk för tillbud eller skada

### När inget uppföljningsbehov finns

Hjälpmedelsärendet kan avslutas när förskrivaren har bedömt att både A och B ligger på nivå 1. Förskrivaren ska vara säker på att patienten (eller närstående eller personal) har förstått information och instruktion samt kan ta ansvar för att kontakta den ansvarige vårdgivaren om behovet förnyas eller förändras. Bedömningsresultatet behöver inte rapporteras vidare till en annan vårdgivare.

### När uppföljningsbehov kan finnas

Om förskrivaren bedömer att A eller B ligger på nivå 2 behöver förskrivaren ta ställning till huruvida en fortsatt uppföljning behöver göras. Om en sådan behövs ska förskrivaren planera för hur den ska göras och hur ofta. Förskrivaren rapporterar över ärendet till en annan vårdgivare om det medicinska ansvaret för patienten inte kvarstår inom den egna verksamheten. Om ingen uppföljning behövs avslutas ärendet.

5. Hela bilagan är ett utdrag ut Socialstyrelsens skrift: *Förskrivning av hjälpmedel. Stöd vid förskrivning av hjälpmedel till personer med funktionsnedsättning. Socialstyrelsen (2016-8-2), s. 58-60*

### Om det finns behov av fortsatt uppföljning

Om förskrivaren bedömer att A eller B ligger på nivå 3, eller om patienten inte kan ta ansvar för att ta kontakt vid förnyat eller förändrat behov, ska återkommande uppföljningar planeras in. Ärendet ska rapporteras över till en annan vårdgivare om det medicinska ansvaret för patienten inte kvarstår inom den egna verksamheten.

### Vid samtliga analysnivåer

Oberoende av analysnivå ska förskrivaren alltid försäkra sig om att hjälpmedelsanvändaren (närstående/personal) har förstått den information och den instruktion som de har fått. Det är också bra om förskrivaren informerar hjälpmedelsanvändaren (närstående/personal) om vart de kan vända sig vid förnyat eller förändrat behov. Även om förskrivningsprocessen avslutas kan det finnas ett fortsatt behov av bland annat förebyggande och avhjälpande underhåll, som är en del av stödfunktionerna.

### Avsluta en förskrivning – när upphör ansvaret?

Förskrivning av en medicinteknisk produkt (hjälpmedel) är en hälso- och sjukvårdsåtgärd som kan jämföras med andra. Den som utfört åtgärden har ett ansvar för att följa upp och utvärdera förskrivningen fram till dess att behovet har upphört eller ansvaret för patienten har tagits över av någon annan. Om ärendet inte kan avslutas och om ansvaret för patienten har tagits över av någon annan är det viktigt att klargöra vem som har det fortsatta uppföljningsansvaret, så att patienten och eventuell närstående vet vart de ska vända sig om behoven förändras. Om en förskrivare byter arbetsplats och det finns fortsatt uppföljningsbehov av förskrivna hjälpmedel är det viktigt att verksamheten ser till att ansvaret för uppföljningen tas över av någon annan i verksamheten.

### Sammanfattning av steget Följa upp och utvärdera funktion och nytta

- Följa upp om hjälpmedlet underlättar patientens aktivitet och delaktighet.
- Utvärdera att uppsatta mål har nåtts.
- Kontrollera att patienten vet hur hjälpmedlet ska användas.
- I samråd med patienten, och eventuellt närstående, ta ställning till nya eller kompletterande åtgärder.
- Ta ställning till om ärendet kan avslutas.
- Informera om vart och till vem patienten eller närstående ska vända sig om förutsättningarna förändras.
- Dokumentera det som behövs för en god och säker vård i patientjournalen.

Vid förskrivning av medicintekniska produkter ska Socialstyrelsens föreskrift (SOSFS 2008:1) följas. Vid förskrivning av konsumentprodukter kan förskrivningsprocessen också tillämpas.

## Bilaga 2

### *Deltagare i arbetsgruppen*

Anna Bergström, strateg, Västerbottens läns landsting  
Lena Grundberg, utredare, Västerbottens läns landsting  
Anita Helgesson, strateg, Region Västerbotten  
Eva Hård, verksamhetschef hälso- och sjukvård, Skellefteå kommun  
Ulrika Westman-Yttergren, verksamhetschef Backens hälsocentral, Västerbottens läns landsting  
Ronny Lestander, verksamhetschef Sävar och Holmsunds hälsocentral, Västerbottens läns landsting  
Marie Omgren, rehabchef, Geriatriskt centrum Umeå, Västerbottens läns landsting  
Catrine Nygren, verksamhetschef, Rehabcentrum Skellefteå, Västerbottens läns landsting  
Gunnel Brodin, sjukhussamordnare NUS, Västerbottens läns landsting  
Helen Hellström-Johansson, sjukhussamordnare NUS, Västerbottens läns landsting  
Maria Lingehall, sjukhussamordnare Skellefteå lasarett, Västerbottens läns landsting  
Camilla Lundgren, verksamhetschef, Hälso- och sjukvård i hemmet, Umeå kommun  
Annelie Johansson, Medicinskt ansvarig sjuksköterska, Vännäs kommun  
Ingela Adbo, verksamhetschef HSL, Vännäs kommun  
AnnGerd Töyrä, Medicinskt ansvarig sjuksköterska, Umeå kommun  
Lisa Karlsson, enhetschef, hälso- och sjukvård i hemmet, Umeå kommun  
Maria Sydlén, jurist, Umeå kommun  
Solveig Hällgren, chefläkare, Västerbottens läns landsting

Utöver dessa personer har ett tiotal personer från kommunerna och landstinget varit involverade i arbetet i vissa frågeställningar och har deltagit på några möten.

